

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da atenção à saúde da criança de 0-72 meses na UBS/ESF Jardim  
Floresta, Boa Vista/RR**

**Renato Ribeiro Silva**

**Pelotas, 2015**

**Renato Ribeiro Silva**

**Qualificação da atenção à saúde da criança de 0-72 meses na UBS/ESF Jardim  
Floresta, Boa Vista/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luciana Valadão Alves Kebian

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

S586q Silva, Renato Ribeiro

Qualificação da Atenção à Saúde da Criança de 0-72 Meses na UBS/ESF Jardim Floresta, Boa Vista/RR / Renato Ribeiro Silva; Luciana Valadão Alves Kebian, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

69 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde da Criança 4.Puericultura 5.Saúde Bucal I. Kebian, Luciana Valadão Alves, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha querida mãe (in memoriam), base de ensinamentos mais sólida que tive e demonstração de amor inestimável.

## **Agradecimentos**

A Deus e minha família, sem os quais não teria conseguido chegar até aqui.

A orientadora do curso, Luciana Valadão Alves Kebian, que foi a reguladora dos aprendizados adquiridos e realização desse trabalho.

## Resumo

SILVA, Renato Ribeiro. **Qualificação da atenção à saúde da criança de 0-72 meses na UBS/ESF Jardim Floresta, Boa Vista/RR**. 2015. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A intervenção na Unidade Básica de Saúde Jardim Floresta, na cidade de Boa Vista/Roraima, foi realizada no segundo trimestre de 2015, e foi direcionada às crianças com idade entre 0 a 72 meses. Escolheu-se esse foco de intervenção devido às deficiências encontradas na Unidade Básica de Saúde mediante diagnóstico situacional. O objetivo geral foi qualificar a atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde e os objetivos específicos foram ampliar a cobertura do programa; melhorar a sua qualidade; melhorar os registros das informações; mapear as crianças de risco e promover a Saúde. Utilizou-se como protocolo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde Número 33 (Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento) e instrumentos do curso, como a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados. As atividades foram programadas considerando-se os quatro eixos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. A cobertura de atenção às crianças de 0 a 72 meses era em torno de 70%. A cobertura do programa ao término das 12 semanas foi de 116 crianças (89,2%). Os outros indicadores do programa também foram melhorados, tendo apenas que ser implementado o serviço odontológico com intuito de aumentar ainda mais a qualidade do serviço. Conclui-se que a intervenção aumentou o vínculo da equipe com a população, melhorou os indicadores do programa de Saúde da Criança e possibilitou incluir as ações à rotina de trabalho dos profissionais.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: atendimento clínico às crianças	39
Figura 2	Fotografia: palestra sobre alimentação na infância	40
Figura 3	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	44
Figura 4	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	45
Figura 5	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica	49
Figura 6	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta	52

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Plano Nacional de Atenção Básica
RR	Roraima
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

Apresentação .....	8
1   Análise Situacional .....	9
1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2    Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3    Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2   Análise Estratégica .....	20
2.1    Justificativa.....	20
2.2    Objetivos e metas.....	22
2.2.1   Objetivo geral .....	22
2.2.2   Objetivos específicos e metas.....	22
2.3    Metodologia.....	23
2.3.1   Detalhamento das ações.....	24
2.3.2   Indicadores.....	29
2.3.3   Logística .....	34
2.3.4   Cronograma .....	37
3   Relatório da Intervenção.....	38
3.1    Ações previstas e desenvolvidas .....	38
3.2    Ações previstas e não desenvolvidas .....	41
3.3    Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	42
3.4    Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	42
4   Avaliação da intervenção.....	43
4.1    Resultados .....	43
4.2    Discussão.....	53
5   Relatório da intervenção para gestores .....	56
6   Relatório da Intervenção para a comunidade .....	58
7   Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	60
Referências .....	61
Anexos .....	63

## **Apresentação**

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSUS)/Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Floresta em Boa Vista/RR cujo objetivo foi o de melhorar a atenção à saúde das crianças.

O volume está organizado em sete capítulos, construídos de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

No primeiro capítulo apresenta-se a análise situacional, que aborda a situação da UBS em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho.

No segundo capítulo é apresentado a análise estratégica por meio da qual foi feito um projeto de intervenção com objetivo de melhorar a qualidade do Programa de Saúde da Criança.

O terceiro capítulo apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de doze semanas, descrevendo as ações planejadas e como ocorreu a intervenção.

No quarto capítulo encontra-se a avaliação da intervenção, com os resultados obtidos e a discussão. Em seguida são apresentados os capítulos 5 e 6, com o relatório para os gestores e o relatório para a comunidade, respectivamente. O último capítulo traz uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso.

## **1      Análise Situacional**

### **1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Boa Vista – RR, área urbana do estado, constituída principalmente por pessoas de classe média e baixa. Existe um conselho de saúde local no qual a população participa, nas reuniões, da gestão da saúde do município. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma vacinadora, um farmacêutico, duas recepcionistas, quatro ACS e um diretor. Uma dificuldade do local é fazer com que eles façam um trabalho mais efetivo junto à população, mapeando melhor os pacientes a fim de se fazer uma melhor abordagem nas ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além da equipe básica da ESF existem outros profissionais na unidade como recepcionista, auxiliar de serviços gerais e outro médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, um estrangeiro de Cuba. No local não tem vigia, pois a prefeitura do município instalou recentemente várias câmaras no local e contratou uma empresa para a segurança. O horário de chegada e saída dos funcionários é regulado por um ponto eletrônico que também foi instalado recentemente. O acolhimento é realizado de alguma forma por todos que trabalham na unidade, entretanto o primeiro contato do paciente é com uma assistente em administração e uma técnica em enfermagem que marcam as consultas.

Faço atendimento à população local de acordo com os programas do ministério, como crianças, idosos, grávidas, homens, mulheres, usuários com hipertensão e/ou com diabetes. Além disso, são atendidos casos de urgência e emergência que possam aparecer no turno de atendimento. Há casos frequentes de doenças como parasitoses intestinais, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), dermatoses comuns da prática clínica, vaginites e vaginoses, lombalgias, osteoartrite, osteoporose, cefaleias, dentre outros. Pontualmente aparecem casos de tuberculose e alguns de hanseníase. Realizo visita domiciliar uma vez por semana, dando prioridades a pacientes acamados, deficientes físicos, idosos ou os que de alguma forma não possam ir até a UBS.

A UBS tem um consultório médico, um de enfermagem, uma farmácia e uma cozinha, não dispõe de serviço odontológico e laboratorial. Além disso, possui um banheiro, uma sala de vacina. A unidade não dispõe de sala de espera e nem de sala de procedimentos. O consultório médico e o de enfermagem são para os dois médicos e a enfermeira num esquema de rodízio. Está previsto uma reforma no local ainda nesse ano. O local é pequeno para realização da estratégia, com carência de recursos materiais como fios para sutura, antissépticos, soro e gases para curativos. Com a falta de alguns medicamentos e esses insumos a realização desses procedimentos simples que poderiam ser feitos na unidade fica limitada, sendo necessário encaminhar esses pacientes ao hospital do Estado, muitas vezes congestionando esse serviço.

A população que é atendida e assistida pela equipe do posto é composta por cerca de 2.700 pessoas. Nos atendimentos são predominantes os pacientes idosos, usuários com hipertensão e/ou com diabetes, gestantes, crianças lactentes, mulheres em planejamento familiar e que fazem prevenção do câncer de colo uterino e mama. Algumas vezes são realizadas atividades com educação em saúde, principalmente através de palestras, direcionadas a grupos específicos, como os idosos, usuários com hipertensão e/ou com diabetes, grávidas, mulheres em planejamento familiar, homens e adolescentes. A relação com as pessoas precisa ser mais próxima, acredito que com as visitas domiciliares médicas e dos ACS, e recadastrando as famílias do local esse processo de trabalho frente à população seja cada vez melhor.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Boa Vista é a capital e o mais populoso do estado de Roraima. É composto por uma população de 284.313 pessoas, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Possui 32 UBS, todas de saúde da família, e 55 equipes da ESF. Disponibiliza para atendimento aos usuários um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um hospital de referência pediátrico, um hospital geral com pronto atendimento e unidade de trauma e um hospital de referência com atendimento de especialidades. Estão em processo de implantação os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Algumas UBS têm disponíveis laboratórios com realização de exames complementares.

A UBS Jardim Floresta localiza-se na zona urbana de Boa Vista. Existem algumas instituições vinculadas a ela, como universidades e faculdades, com acadêmicos comparecendo para acompanhamento de atividades ligadas aos cursos de medicina e enfermagem. Utiliza o modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família, possuindo somente uma equipe, formada por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma vacinadora, um farmacêutico, duas recepcionistas, quatro ACS e um diretor. Além disso, recursos humanos precisam ser acrescentados à unidade como nas áreas de odontologia, psicologia e laboratorial. A UBS não recebe apoio do NASF, pois ainda está sendo implantado esse serviço de suporte no município. Cabe aos profissionais que estão nesse serviço trabalhar de acordo com as suas capacidades individuais e tentar fazer uma atenção básica em saúde cada vez melhor, pois isso é o principal para o desenvolvimento das ações de saúde.

A UBS tem um consultório médico, um de enfermagem, uma farmácia e uma cozinha, não dispõe de serviço odontológico e laboratorial. Além disso, possui um banheiro e uma sala de vacina. A unidade não dispõe de sala de espera e nem de sala de procedimentos, indo de encontro ao que prevê o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família (BRASIL, 2008). Há no local somente um consultório médico e um de enfermagem, sendo divididos os dois locais para os dois médicos e a enfermeira num esquema de rodízio. O local é pequeno para realização da estratégia, com carência de recursos materiais como fios para

sutura, antissépticos, soro e gazes para curativos. Com a falta de alguns medicamentos e insumos a realização desses procedimentos simples que poderiam ser feitos na unidade fica limitada, sendo necessário encaminhar esses usuários ao hospital do Estado, muitas vezes congestionando o serviço. Além disso, a UBS deve ser formada por recursos humanos e uma estrutura física que atenda a todo e qualquer usuário de forma integral. Muitas não atendem aos critérios colocados pela legislação vigente para o bom funcionamento da atenção primária em saúde, como locais inadequados, com uma estrutura física precária, poucos profissionais de saúde para atender a população, deficiências de alguns insumos para a realização de procedimentos como curativos e outros. Além disso, esses locais deveriam ser projetados e organizados com o objetivo de tornar fácil o acesso de idosos e portadores de necessidades especiais ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois há muitas barreiras para que isso aconteça. Na UBS em que trabalho isso é visto com frequência, nela observo degraus que dificultam a deambulação, piso liso, banheiros sem adaptação para os cadeirantes. Outra dificuldade é a drenagem deficiente da chuva que faz com que a água acumule na frente da unidade e dificulta ainda mais o acesso das pessoas. E é sabido que há muitas barreiras estruturais e arquitetônicas que precisam ser sanadas para um melhor funcionamento do serviço prestado à comunidade.

As atribuições dos profissionais da UBS são interdependentes entre si, com particularidades cada uma, mas com um objetivo comum que é promover saúde para seus usuários. Todos os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Isso é feito com a identificação dos grupos, famílias ou indivíduos de risco e análise dos principais agravos que acometem a população adstrita. Isso é observado na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2011). Os cuidados em saúde são realizados na unidade, no domicílio, em escolas e igrejas. Um ponto negativo é que no local não são realizadas pequenas cirurgias ou procedimentos, no entanto quando ocorrem urgências ou emergências o primeiro atendimento é feito na própria unidade. No PNAB recomenda-se que sejam realizados procedimentos e pequenas cirurgias na unidade, ou seja, esses usuários não precisariam ser encaminhados aos hospitais para realizarem curativos, suturas, drenagem de abscessos e outros procedimentos. Os cuidados domiciliares são

realizados por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Os profissionais da UBS encaminham os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra-referência, utilizando protocolos para fazerem isso. Uma dificuldade observada é o acompanhamento de usuários em situações de internação hospitalar, pois não são acompanhados pela equipe de maneira efetiva. É preciso de meios para que esse vínculo seja mais intenso, como automóveis, prontuário eletrônico e mais sensibilização de todos os profissionais da equipe. A busca ativa é realizada nas visitas domiciliares e nas consultas. Os grupos de atendimentos são divididos em adolescentes, usuários com hipertensão e/ou com diabetes, pré-natal, saúde da mulher, saúde do homem, idosos, saúde mental, puericultura e prevenção do câncer ginecológico e de mama. De acordo com o PNAB, todos os profissionais da unidade devem participar das atividades educativas em grupos, e isso é feito de maneira efetiva na unidade. Um entrave para a participação da população no controle social é a falta de um conselho local de saúde. As atividades de qualificação profissional ocorrem esporadicamente, mas com temas relevantes e prioritários na atenção básica. As reuniões da equipe ocorrem mensalmente, com participação de todos os membros. Mesmo que algumas dificuldades possam prejudicar algumas ações, o processo de trabalho da equipe é positivo perante a comunidade adstrita. É preciso desenvolver algumas atividades que são preconizadas pelo PNAB, com intervenções direcionadas para sanar essas deficiências, como criação de um Conselho Local de Saúde, promover suporte de equipamentos e meios para a realização de pequenas cirurgias e procedimentos. Além disso, o empenho pessoal de cada um da equipe, de maneira uniforme e complementar, é primordial, uma vez que todos dependem um do outro para que o trabalho realmente faça a diferença na vida e na saúde dos usuários.

É necessário um cadastramento adequado e completo da área adstrita para que sejam oferecidos serviços de saúde eficientes. Na UBS observo que os números de usuários cadastrados, divididos em grupos específicos, estão em número menor em relação à média nacional, isso nos faz constatar que há uma grande chance dessa quantificação estar subestimada. Logo, é preciso uma intensificação e readequação do mapeamento e cadastramento. Observando os números fornecidos pelos ACS, foi possível estimar os dados acrescentando cerca de 15% aos valores numéricos fornecidos. Com esse incremento, os números ficaram mais próximos da realidade quantitativa da população. Em relação à

distribuição da população por sexo e faixa etária, observa-se uma semelhança em relação à média nacional. Há uma equivalência entre homens e mulheres, e na população de cerca de 2.700 pessoas, há predominância de adultos em relação a idosos e crianças, com 1.526 pessoas com 20 anos ou mais de idade. Na UBS só há uma equipe para dar assistência à população, sendo adequado esse número para o número de pessoas que há na área adstrita. Em relação aos números estimados de menores de um ano e gestantes observa-se que o número de cadastros é menor do que a média nacional. Logo, uma intensificação e readequação do mapeamento e cadastramento dos usuários precisam ser planejadas para proporcionar ações direcionadas e com resultados mais promissores.

O acolhimento ideal tem que ser feito por toda a equipe, em sala e classificação adequadas aos usuários, isso é preconizado no Caderno de Atenção Básica nº 28, Acolhimento à Demanda Espontânea (BRASIL, 2011a). Na UBS os usuários são atendidos primeiramente por duas assistentes administrativas que agendam as consultas, poucas vezes os técnicos ou auxiliares de enfermagem fazem esse atendimento inicial, eles ficam responsáveis principalmente pela triagem, realizando aferição de pressão arterial, verificando o peso e a temperatura dos usuários. Isso torna o acolhimento deficitário e incapaz de adequar o fluxo de acordo com as necessidades de cada usuário. Além disso, a falta de uma sala adequada e de um tempo no início de cada turno de atendimento, destinado para que o médico e o enfermeiro pudessem já ter um contato inicial com os usuários, e participassem da classificação e definissem assim de maneira satisfatória o fluxo e os atendimentos que iriam ocorrer no dia. Entretanto, só isso não seria suficiente para um acolhimento ideal, pois ele deve ocorrer constantemente no decorrer de todo o tempo, independente se é início, meio ou fim de atendimento, pois irá sempre haver a demanda espontânea. Na UBS, os usuários que chegam sem estarem agendados são orientados pelos assistentes administrativos e técnicos em enfermagem e se forem casos de urgência ou emergência são atendidos imediatamente.

A atenção à saúde da criança nos primeiros anos de vida é um serviço prioritário que deve ser ofertado de maneira ampla à população, isso é verificado no Caderno de Atenção Básica nº 33, Saúde da Criança (BRASIL, 2012a). A informação disponível na UBS para quantificar a qualidade desse serviço, através dos prontuários e livros de registro, nem sempre está adequada. Há na área de cobertura 45 crianças menores de 1 ano de idade que são acompanhadas pela



equipe com uma cobertura de 80%, porém as crianças que passam de um ano de idade precisam também de um acompanhamento regular de puericultura, pois se considerarmos as crianças com idade entre 0 a 72 meses essa taxa cai para em torno de 70%. O número de crianças monitoradas em relação ao ganho de peso, crescimento, desenvolvimento, vacinação e suplementação de ferro está reduzido, precisando ser ampliado. A consulta precoce até sete dias de vida das crianças precisa ser feita em todas as crianças da área de cobertura. O serviço odontológico não é ofertado na UBS, com isso as crianças são encaminhadas para unidades próximas que ofertam esse serviço, porém, muitas mães não procuram essa assistência. Isso torna a avaliação de saúde bucal o indicador de menor qualidade. Fica disponibilizado atendimento de puericultura em dois dias na semana, nesses dias é feito também atendimento de usuários que podem ter até doze anos de idade. Os médicos fazem os atendimentos, devido a quantidade de salas que há na UBS a enfermeira não atende as crianças, tendo isso que ser trabalhado para ampliar o serviço. Além disso, ocorre o atendimento de demanda espontânea para as crianças com problemas agudos, dessa forma todas são acolhidas pela equipe. A vacinação ocorre de acordo com o programa de imunização, e muitas crianças não estão fazendo a suplementação de sulfato ferroso. Encontros com grupos de pais ocorrem ocasionalmente, sendo necessário aumentar a sua frequência. Os médicos e enfermeiros também participam da gestão, coordenação e avaliação da qualidade da atenção às crianças da área adstrita. São usados para os atendimentos protocolos do Ministério da Saúde.

A atenção ao pré-natal e puerpério é essencial para a diminuição da mortalidade materna e infantil. Porém, para isso ocorrer é preciso que haja engajamento tanto dos profissionais que realizam esses atendimentos quanto das próprias usuárias, seguindo assim o Caderno de Atenção Básica nº 32, Pré-Natal de Baixo Risco, (BRASIL, 2012b). Os denominadores estimados no Caderno de Ações Programáticas estão maiores aos encontrados na área adstrita da UBS, devendo ocorrer uma atualização desses dados. Os números de gestantes e puérperas cadastradas são 39 e 43, com uma cobertura de 96% e 77%, respectivamente. Ainda assim, as gestantes que são acompanhadas na unidade fazem o pré-natal de maneira satisfatória, não tendo dificuldades na marcação das consultas, pois as mesmas já ficam agendadas. É realizado monitoramento das ações mensalmente. Uma dificuldade observada é em relação ao puerpério, algumas usuárias acabam

não procurando a UBS para marcarem suas consultas. Os registros dos atendimentos são realizados no prontuário clínico e em formulário específico de pré-natal de maneira simples e objetiva, com os dados necessários para o adequado acompanhamento das usuárias. A cobertura de pré-natal não está ruim, pois as gestantes estão sendo acompanhadas pela equipe com rigor. Os médicos e enfermeiros realizam as consultas, além disso, anotam no cartão da gestante a data das próximas consultas, facilitando dessa forma o seguimento do pré-natal. Os indicadores de qualidade são bons, porém há alguns problemas que precisam ser solucionados, como por exemplo, o serviço odontológico que não tem disponível à comunidade na UBS, obrigando a unidade a encaminhar essas gestantes a centros de saúde mais próximos que ofertam esse serviço. Algumas usuárias realizam o pré-natal nos serviços particulares, talvez por isso o número de gestantes que procuram a UBS diminua um pouco. Uma ação prioritária é intensificar a busca das puérperas, orientando já no pré-natal sobre a importância das consultas no puerpério e do correto acompanhamento. É necessário fazer com que elas não deixem de comparecer na UBS após o parto. A realização de um pré-natal com eficiência, a busca ativa com uma aproximação maior da equipe com as grávidas e as puérperas, vai proporcionar às usuárias melhores indicadores de qualidade.

A morbimortalidade por câncer ginecológico no Brasil precisa ser combatida com medidas eficientes na atenção primária em saúde. Na UBS o registro das ações destinadas à saúde da mulher é feito de maneira correta, através de prontuário clínico e livro específico. Os protocolos utilizados e o material de estudo estão no Caderno de Atenção Básica nº 13, Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2013a). O número de mulheres com idade entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção do câncer de colo de útero é 578, com cobertura de 90%. O número de mulheres com idade entre 50 e 69 anos acompanhadas para a prevenção de câncer de mama é 104, com cobertura de 82%. A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero na UBS está satisfatória. Os poucos indicadores de qualidade avaliados tiveram índices bons, os menores foram relacionados à coleta do exame citopatológico, a quantidade de coletas é substancial, porém, a qualidade precisa ser aprimorada principalmente aumentando o quantitativo de amostras satisfatórias e com demonstração da junção escamocolumnar. Isso mostra que é necessário aprimoramento desse serviço na unidade, que é realizado pela enfermeira duas vezes por semana. Outra dificuldade

observada é o atraso na entrega dos resultados desses exames, com isso, algumas usuárias deixam de buscar na unidade os resultados, sendo necessária uma ampliação dos laboratórios e dos recursos humanos responsáveis por esses exames. As mulheres com exames alterados são encaminhadas diretamente para um centro de referência para seguimento. A cobertura de Prevenção do Câncer de Mama na UBS está boa. Os indicadores de qualidade são satisfatórios, porém uma dificuldade é o atraso na marcação e realização das mamografias. Isso precisa ser solucionado com a maior oferta desse exame à população para poder atender a demanda em sua totalidade. As usuárias que apresentam exames alterados são referenciadas ao serviço especializado para melhor esclarecimento diagnóstico e seguimento. Os ACS ficam responsáveis pela visita dessas usuárias e quando necessário acionam o médico ou enfermeiro da equipe para posterior visita domiciliar. A equipe faz ações educativas de prevenção do câncer de colo de útero e de mama regularmente, em escolas e principalmente na própria unidade, com todos os profissionais participando. O rastreamento é oportunístico e organizado. Com o intuito de tornar a prevenção mais eficiente também é feito a avaliação de risco para essas doenças em todas as mulheres que procuram a unidade. Para a assistência à saúde da mulher são utilizados os últimos protocolos do Ministério da Saúde.

A parcela da população idosa torna-se cada vez maior no decorrer do tempo, isso demonstra a evolução da medicina. No entanto, com o aumento das pessoas idosas, ocorre também uma elevação da prevalência das doenças crônico-degenerativas. Nesse contexto, é preciso atenção especial à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A forma de registro utilizada na UBS em relação a essas doenças permitiu o preenchimento somente através de prontuário clínico. A estimativa do número de usuários com hipertensão e/ou com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área adstrita parece ser adequada à realidade local, porém é necessário uma busca ativa e cadastramento atualizado desses usuários para tornar esses índices ainda mais próximos à realidade nacional. Os números de usuários com hipertensão e com diabetes com 20 anos de idade ou mais são 392 e 109, com uma cobertura de 81% e 80%, respectivamente. Os indicadores da qualidade da atenção à HAS e DM, como realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do consumo

excessivo de álcool e do tabagismo, dentre outros, estão com índices aceitáveis. Entretanto, a avaliação de saúde bucal não demonstra resultados bons, tendo em vista que não existe a oferta desse serviço aos usuários da UBS. Além disso, há uma tendência da administração da UBS de sempre priorizar os atendimentos em forma de consultas em detrimento das atividades de grupo, que poderiam ter maior impacto na qualidade de vida dessa população, através da educação em saúde. Os protocolos de atendimento utilizados na UBS para portadores de DM e HAS são do Ministério da Saúde, publicados em 2013 (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c).

A atenção à saúde da pessoa idosa é um serviço essencial no âmbito da UBS. A forma de registro nos prontuários utilizada pela equipe da UBS é adequada. A estimativa do número de idosos residentes na área de cobertura parece ser adequada à realidade nacional, com 135 idosos acompanhados, o que equivale a uma taxa de cobertura de 92%. Os protocolos utilizados para os atendimentos são do Ministério de Saúde, publicados em 2010 (BRASIL, 2010). Em relação aos indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa, tais como, realização de avaliação multidimensional rápida, acompanhamento em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular, estão satisfatórios. Quando se fala de avaliação de saúde bucal em dia, o desempenho é ruim, sendo esse déficit explicado pela falta de estrutura física e de profissional dessa área na unidade. As atividades realizadas na unidade aos idosos são orientação sobre atividade física, hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Portanto, a cobertura de Saúde da Pessoa Idosa realizada pela equipe da UBS está sendo realizada, de maneira geral, com índices bons. Porém, há que se realizar um conjunto de ações que propiciem que esse serviço seja feito de maneira integral e por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional. Tornando, dessa forma, a equipe capaz de solucionar todas as intercorrências que possam aparecer e cuidar melhor dessas pessoas.

Portanto, a assistência à população da área adstrita da UBS depende de diversos fatores que formam um conjunto de ações que compõem o serviço da atenção básica fornecida a seus usuários. De maneira geral, uma equipe multidisciplinar e multiprofissional engajada em suas funções e obrigações são

pontos positivos, a falta de estrutura física adequada e serviço odontológico são deficiências que precisam ser adequadas ao que é preconizado para o correto funcionamento da unidade e dessa forma melhorar os indicadores da sua população adstrita.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Após o relatório da análise situacional, é possível observar com mais eficácia as fragilidades do serviço fornecido aos usuários. O detalhamento e até mesmo as estimativas da qualidade da atenção dada aos grupos de atendimento e a avaliação que se deve fazer em relação a essa assistência é imprescindível para o aprimoramento contínuo dos trabalhos de cada componente da equipe. Fica claro que as atividades realizadas pelos ACS são essenciais para a população, pois são eles que têm o contato mais próximo da realidade das famílias, podendo assim identificar os comportamentos de riscos à saúde e interferir no processo de instalação das doenças. Além disso, um ponto bastante negativo a ser modificado, e que se observa a inércia da administração pública diante desse problema, é quando se avalia a estrutura física da unidade, prejudicando as condições adequadas de se fazer as ações para melhorar a saúde da comunidade sem os insumos e recursos mínimos necessários para isso. Entretanto, uma impressão positiva em relação ao texto da avaliação inicial sobre a UBS, é que mesmo diante das dificuldades estruturais e de mobilização da equipe, é possível ampliar a qualidade de vida dos usuários e sensibilizá-los sobre como eles são protagonistas disto, tendo em vista que os hábitos de vida saudáveis previnem os principais males que causam morbimortalidade à população do nosso país e do mundo.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança do ano 2012, do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil diminuiu nas últimas décadas no Brasil. Ações que diminuíram a pobreza e a ampliação da cobertura da ESF contribuíram para isso. Porém, a meta de garantir a toda criança o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Sabe-se que 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal, sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número considerável de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde faz parte da realidade social e sanitária do país (BRASIL, 2012a).

A UBS Jardim Floresta encontra-se localizada na cidade de Boa Vista, tem uma estrutura física constituída por um consultório médico, um de enfermagem, uma farmácia, uma cozinha, um banheiro e uma sala de vacina. Não dispõe de serviço odontológico, laboratorial, sala de espera, sala de procedimentos e sala de triagem. Como ferramentas para avaliação das crianças, existem uma balança, uma régua e uma fita métrica. A UBS não possui espaço próprio para as crianças com brinquedos para a espera das consultas. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma vacinadora, um farmacêutico, duas recepcionistas, quatro ACS e um diretor. A população que é atendida e assistida pela equipe é composta por cerca de 2.700 pessoas.

Atualmente não se sabe o total de crianças com 0 a 72 meses de vida na área adstrita, pois ainda não foi cadastrado o total dessa população. Acredita-se que haja

na área de abrangência cerca de 130 crianças nessa faixa etária, e a proporção de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da UBS esteja em torno de 70%. Sendo assim, a cobertura de Saúde da Criança da área adstrita precisa melhorar em alguns fatores, podendo isso ser feito de maneira mais efetiva pela equipe aumentando o número de crianças cadastradas, e a partir disso melhorar os outros indicadores do programa. A realização da primeira consulta na primeira semana de vida das crianças não está sendo feita de maneira satisfatória, pois as mães não estão indo em sua totalidade para essas consultas. O número de crianças monitoradas em relação ao ganho de peso, crescimento, desenvolvimento, vacinação e suplementação de ferro está reduzido, precisando ser ampliado. A triagem auditiva e o teste do pezinho estão sendo realizados com sucesso, pois são feitos na maternidade e em algumas outras unidades de saúde. A proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica é baixa, por falta de odontólogo na unidade e difícil marcação de consultas em outras unidades. Nas consultas que são realizadas, são dadas orientações para prevenir acidentes na infância, distúrbios nutricionais, odontológicos e dificuldades na amamentação.

Portanto, é de suma importância uma intervenção que interfira na qualidade da atenção à saúde das crianças na área adstrita da UBS Jardim Floresta. Para isso, a equipe deverá ter uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança, garantindo uma visita domiciliar do ACS ao binômio mãe e filho, com orientações sobre os cuidados necessários nesse período. Além disso, é preciso ofertar as ações programadas para a primeira semana, oportunizando tudo para uma mesma data, com consulta para ambos (mãe e recém-nascido), estimulando o aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, dentre outras ações. Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com a busca dos faltosos. As principais dificuldades são a falta de uma estrutura física adequada para os atendimentos, número reduzido de ACS para o correto mapeamento e recadastramento da população-alvo e também é fundamental uma maior “aproximação” da equipe com comunidade. Os profissionais que trabalham na UBS encontram-se motivados para realizarem as ações de intervenção, com o intuito principal de melhorar a taxa de cobertura e adesão ao programa.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Qualificar a atenção à saúde da criança de 0-72 meses na UBS/ESF Jardim Floresta, Boa Vista/RR.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para pelo menos 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.



Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do Programa de Saúde da Criança

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança e vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças cadastradas.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie para 100% das crianças cadastradas de acordo com a faixa etária.

## **2.3 Metodologia**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde Jardim Floresta, na cidade de Boa Vista, no Estado de Roraima, com o objetivo de qualificar a atenção à saúde das crianças. Participarão

do trabalho as 130 crianças de 0 – 72 meses de idade da área de abrangência da UBS. Esta intervenção foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Monitoramento e avaliação**

Em relação ao monitoramento e avaliação das crianças do programa, ocorrerá uma avaliação do número de crianças cadastradas e de seus indicadores, através das fichas-espelho e os prontuários. Será monitorado o percentual de crianças que não ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. Tudo isso será feito através de uma revisão sistemática e semanal das fichas-espelho feita pela enfermeira, identificando os pontos que devem melhorados. Todas as ações serão avaliadas dessa forma, a enfermeira com auxílio dos médicos será responsável por isso, e irá informar o restante da equipe sobre as ações durante as reuniões de equipe, a cada duas semanas.

Através da revisão sistemática e semanal das fichas-espelho feita pela enfermeira, ocorrerá a busca ativa pelos ACS das crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto. Com isso, as crianças faltosas serão identificadas e os nomes das mesmas serão informados passados aos ACS da área que a criança mora, e eles irão realizar a busca ativa no dia seguinte, com intuito de agendar uma consulta para mesma semana.

Durante as reuniões serão refletidos e discutidos os indicadores achados com os outros membros da equipe, e assim conseguir chegar ao objetivo do projeto. O sistema de alerta para a realização dos elementos de qualidade será feito nas consultas, para não serem esquecidos, o médico e a enfermeira sinalizarão com a cor vermelha quando estiver faltando algum procedimento ou tiver algum com alteração.

A partir da revisão sistemática e semanal das fichas-espelho feita pela enfermeira, com auxílio do médico, haverá monitoramento do percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, das crianças com déficit ou excesso de

peso, do percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo, do percentual de crianças com vacinas atrasadas, do percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura, do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, do percentual de crianças que realizaram triagem auditiva e teste do pezinho antes dos sete dias de vida.

Será monitorada a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, e, conseqüentemente, a saúde bucal das crianças moradoras da área de abrangência através da revisão sistemática e semanal das fichas-espelho feita pela enfermeira. A orientação em relação ao serviço odontológico na unidade mais próxima será feita por todos da equipe, diariamente, para os pacientes procurarem a UBS Caranã. O monitoramento da finalização de tratamento odontológico registrado no cartão da criança será feito pelo médico e pela enfermeira, permanentemente, durante as consultas na UBS. Isso também possibilitará a monitorização do cumprimento da periodicidade das consultas de puericultura previstas no protocolo, do número médio de consultas realizadas e sobre as buscas às crianças faltosas. Também será possível a monitorização dos registros de todos os acompanhamentos das crianças na unidade de saúde, do número de crianças de alto risco e do número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. A prioridade no atendimento será dada a essas crianças, identificadas na ficha de acompanhamento/espelho, através da presença de um ou mais dos fatores que as caracterizam como sendo de alto risco, presentes no Manual Técnico de Saúde da Criança.

Para promover a saúde das crianças, será monitorado o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento/espelho, as atividades de educação em saúde, o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta, a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos, o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento e as atividades educativas coletivas.

#### Organização e gestão do serviço

Para melhorar a organização e gestão do serviço e ampliar a cobertura para pelo menos 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de

abrangência da unidade, será realizado acolhimento, busca ativa, visitas domiciliares, palestras e consultas na UBS. O acolhimento será realizado pelos técnicos de enfermagem, com medição de altura/comprimento, peso, perímetro cefálico, idade em meses e temperatura. O cadastramento das crianças no programa será realizado nos atendimentos clínicos dos médicos. Para que não existam faltas de crianças na primeira semana após a data provável do parto, serão verificados os prontuários e os cadastros das gestantes, com isso, a enfermeira informará nas reuniões de equipe se há gestantes com previsão de parto para as próximas duas semanas, os ACS irão anotar o nome delas e irão realizar visita domiciliar para verificar se o parto ocorreu, e já agendarão as consultas para mesma semana. Será garantido o encaminhamento para o ambulatório de pediatria geral para crianças identificadas com atraso no desenvolvimento, para diagnóstico e tratamento, isso ocorrerá através de um sistema de alerta na ficha de registro, que terá uma sinalização com a cor vermelha e através do protocolo de encaminhamento do município. A gestão deverá garantir material adequado para a realização das medidas antropométricas, como balança, antropômetro, fita métrica, impressora, papel, vacinas e estoque suficiente de sulfato ferroso, dentre outros. Será feito a solicitação à gestão pela direção da UBS através de ofício ou reunião.

Também será realizado o controle da cadeia de frio, o controle adequado de estoque para evitar falta de vacina e o controle da data de vencimento do estoque. Isso será feito pela técnica responsável pelas imunizações semanalmente. A realização de teste auditivo e teste do pezinho já são realizados na própria maternidade antes da alta hospitalar após o parto. No caso das crianças que não tiverem realizado os exames, essas serão encaminhadas à maternidade para realizarem os mesmos. Esses exames, rotineiramente, não são realizados na UBS. Será estudada, junto ao gestor, a possibilidade de haver uma equipe de saúde bucal na unidade, e se não for possível, serão realizados encaminhamentos para as unidades mais próximas que oferecem esse serviço, isso funciona através de uma pactuação já existente.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento, e quando forem informados sobre as crianças que não estão comparecendo às consultas, os ACS irão à busca e agendarão para fazer a consulta o mais rápido possível. Serão reservados dois turnos da semana para

atendimento das crianças pelos médicos, cada turno terá 12 vagas para atendimento, com prioridade às crianças de alto risco. À demanda espontânea, será feito acolhimento pelos técnicos de enfermagem e as crianças não agendadas serão incluídas no mapa de atendimento e serão atendidas. As crianças faltosas serão atendidas dentro de seis vagas reservadas para isso em cada semana. Para organizar a agenda para que sejam feitas as consultas dos recém-nascidos até o sexto dia de vida e às crianças faltosas, os ACS, através da irão marcar as consultas para o mesmo dia ou dia seguinte dentro das quatro vagas que já estão disponibilizadas para demanda espontânea. Essa ação será feita permanentemente.

Com intenção de melhorar o registro das informações, haverá o preenchimento do SIAB/folha de acompanhamento, será implantada uma ficha de acompanhamento/espelho (da caderneta da criança e a oferecida pelo curso), será pactuado com a equipe o registro das informações, e a enfermeira, com o apoio do médico, será a responsável pelo monitoramento dos registros.

Além disso, será definida a função de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional, para tal será organizada uma reunião onde as funções de cada membro serão definidas em grupo. Será organizada uma agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas mensais em grupo na escola, com a devida identificação e organização sobre os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas, sobre todo material necessário para essas atividades e listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

### Engajamento público

Com relação ao engajamento público, através das consultas, visitas domiciliares e de encontros mensais marcados para ocorrerem na própria unidade, a comunidade será orientada sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. Além disso, as mães terão informações nessas ocasiões sobre as facilidades oferecidas na unidade para a realização da atenção à saúde da criança e sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida. Também será compartilhado com os pais ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle

social, para isso eles terão informações de como ler a curva de crescimento para identificar sinais de anormalidade. Os pais e responsáveis serão orientados sobre o calendário vacinal da criança, sobre a importância da suplementação de ferro, da realização do teste auditivo, os passos necessários ao agendamento desse teste e sobre a realização do teste do pezinho em todos os recém-nascidos até sete dias de vida.

Através de encontros de grupos, palestras, reuniões e nas consultas, a comunidade será informada sobre a importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade, sobre o atendimento odontológico prioritário para elas, sobre a importância do acompanhamento regular, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, sobre os fatores de risco para morbidades na infância, sobre formas de prevenção de acidentes na infância, sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal e sobre a alimentação adequada para crianças. Com isso, haverá também uma divulgação sobre as potencialidades das ações no cuidado à saúde do escolar e correrá uma promoção da participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações, e também de membros da comunidade e de creches na avaliação e monitoramento dessas ações. Através de capacitações, os profissionais serão informados sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Iremos estimular a participação dos representantes da comunidade, como associações de moradores, escolas e igrejas da área de abrangência convidando-os, através de contato telefônico feito pela direção da unidade, a participarem das reuniões da equipe, e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do Programa de Saúde da Criança e solicitaremos apoio no sentido de ampliar a captação de crianças e de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Além disso, a comunidade será orientada a comparecer nos encontros de grupo mensais através da divulgação feita por todos da equipe e em cartazes que serão postados nos locais mais visitados pela comunidade, como supermercados, igrejas, escolas, restaurantes e na própria unidade.

## Qualificação da prática clínica

Para qualificar a equipe, haverá capacitações a cada quinze dias, ministradas pelo médico ou enfermeira, logo após as reuniões de equipe, para melhorar o acolhimento das crianças, nas políticas de humanização, para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança, sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde, sobre aconselhamento do aleitamento materno exclusivo, na observação da mamada para correção de "pega", para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança, para a leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento e para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade. A capacitação da equipe sobre o Manual Técnico de Saúde da Criança será o primeiro passo da intervenção, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças da área.

Haverá treinamento das técnicas através de palestras e aulas práticas para realização das medidas de peso e comprimento/altura da criança, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança. A equipe também será treinada através de palestras sobre a criação de um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com alteração de peso. Ocorrerá treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, e a capacitação de todos os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade. Além disso, os responsáveis pelo cuidado da criança na creche também serão capacitados. Todos que irão participar dos encontros serão informados através de aviso no mural da equipe e nas próprias reuniões sobre os temas que serão abordados, com antecedência de pelo menos uma semana, para as discussões ocorrerem com ampla participação de todos.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para pelo menos 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do Programa de Saúde da Criança

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2.1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.



Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 2.6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: Número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador 2.7: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Indicador 2.10: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do Programa de Saúde da Criança

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança e vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 6.1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 6.2: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 6.3: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie para 100% das crianças cadastradas de acordo com a faixa etária.

Indicador 6.4: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde da Criança na UBS Jardim Floresta, utilizaremos o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde do ano de 2012 (BRASIL, 2012a). Será necessário imprimir sete protocolos. Utilizaremos também a ficha-espelho de Saúde da Criança disponibilizada pelo curso de especialização (ANEXO B), acrescentando apenas as informações sobre saúde bucal. Estimamos alcançar com a intervenção 122 crianças. Para isso, a

direção da UBS irá ficar responsável por imprimir as 122 fichas-espelho e os protocolos do Ministério da Saúde. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO C). Isso será feito com a utilização de um computador pessoal e o computador da UBS.

Alguns materiais serão necessários para realizar as capacitações aos profissionais da equipe, como o manual impresso, computador e datashow. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, em uma sala para dez pessoas, para isso será reservado duas horas no final de cada expediente após as reuniões de equipe, quinzenalmente, sendo guiada pelo médico ou enfermeira. Os temas serão divulgados com pelo menos uma semana de antecedência, nas próprias reuniões e no mural da unidade.

A ação de cadastrar todas as crianças de nossa área de abrangência será realizada pelo médico no atendimento clínico semanal, sendo necessário somente as fichas-espelho impressas. Os técnicos de enfermagem irão realizar o acolhimento utilizando termômetro e balança, em uma sala específica. A assistente administrativa, que fica na recepção, ficará responsável em agendar os atendimentos tanto para as crianças que procurarem a UBS como para as que forem provenientes da busca ativa, para isso utilizará um livro de agendamento, caneta, lápis e borracha.

A ação de monitorar periodicamente a cobertura e a qualidade do programa será feita pela enfermeira e médico, quinzenalmente, na própria UBS, para isso será reservado duas horas em cada quinzena, na sexta-feira, para que isso seja realizado com acurácia, mediante revisão do livro de registro e a ficha-espelho. Será feita revisão das fichas de acompanhamento e espelho, identificando aquelas crianças que estão com consultas, exames ou vacinas em atraso.

O ACS fará busca ativa dessas crianças, estima-se cinco por semana, totalizando 20 por mês. Ao fazer a busca já agendará as consultas para um horário que a criança possa ir com seu responsável na mesma semana. Ao final de cada mês as informações coletadas nas fichas-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O controle de estoque das vacinas e sulfato ferroso será realizado pelo diretor da unidade, semanalmente, na sala de vacinas e na farmácia, controlando sempre a disponibilidade dos produtos para o mês seguinte, evitando a falta deles e considerando a média de 130 crianças atendidas em 4 meses.

A orientação em relação ao serviço odontológico na unidade mais próxima será feita por todos da equipe, diariamente, para os pacientes procurarem a UBS Caranã. O monitoramento da finalização de tratamento odontológico registrado no cartão da criança será feito pelo médico e pela enfermeira, permanentemente, durante as consultas na UBS. Os materiais que serão necessários para realizar a avaliação da saúde bucal das crianças serão cerca de 130 pares de luvas de procedimento, 130 abaixadores de língua e uma lanterna.

Os encontros de grupo mensais marcados para ocorrerem na própria unidade, terão 20 lugares para acomodar os participantes. Será utilizado um datashow, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, e um computador pessoal para as discussões com o grupo. Os cartazes de divulgação desses encontros serão confeccionados pelos ACS. O diretor da UBS será encarregado de imprimir esses cartazes, em média cinco por mês, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Nos cartazes estarão o tema e o horário de cada reunião, que serão definidos pelo médico da equipe.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação da equipe sobre protocolo de saúde da criança	x		x		x		x		x		x		x		X	
Realizar acolhimento inicial de todas as crianças na UBS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estabelecimento de sistema de alerta para o cumprimento dos elementos de qualidade das consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Controle de estoque das vacinas e sulfato ferroso para as crianças	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cadastramento e atendimento clínico das crianças	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visitas domiciliares para a busca ativa de crianças faltosas às consultas	x	X	X	X	x	X	X	X	x	X	X	X	x	X	X	X
Organização dos registros	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Encontro de grupo com os pais ou responsáveis para orientações sobre o programa		x				x				x				x		
Monitoramento da intervenção		x		x		x		x		x		x		x		x

A apresentação para a equipe, gestores e comunidade ocorrerá no dia 18 de setembro de 2015.

### **3 Relatório da Intervenção**

Verificando a necessidade de melhora da qualidade das ações em saúde direcionadas às crianças de zero até setenta e dois meses de idade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Jardim Floresta, localizada no município de Boa Vista-RR, foi proposto uma intervenção, que inicialmente iria ocorrer durante dezesseis semanas, sendo posteriormente reduzida para doze semanas, devido adequação ao cronograma do curso, esta tinha como objetivo principal atingir uma meta de cobertura de cerca de 90% das crianças cadastradas na UBS. Ao final da intervenção atingiu-se a meta de 89,2%.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Iniciei a intervenção já sabendo que teria algumas dificuldades, porém consegui realizar a maioria das ações que estavam previstas no cronograma. Consegui fazer três capacitações à equipe, na terceira, quinta e décima primeira semanas, participaram os ACS e acadêmicos de medicina, a primeira eu realizei e a segunda e terceira os acadêmicos realizaram. Estava previsto no cronograma seis capacitações, mas as três que foram realizadas foram suficientes para abordar o protocolo de atendimento proposto. Devido aos feriados e pontos facultativos que ocorreram no período, não foi possível remarcar as três que não foram realizadas para outros dias, pois a demanda de atendimentos à UBS estava saturada.



Os atendimentos clínicos e o preenchimento das fichas-espelho foram realizados adequadamente e conforme o cronograma. Os atendimentos foram semanais, com agenda programada de até doze crianças. O acolhimento foi realizado pelos técnicos de enfermagem, com medição de altura/comprimento, peso, perímetro cefálico, idade em meses e temperatura. A enfermeira não faz atendimento clínico de puericultura, isso ocorre porque na UBS só há duas salas para atendimento, havendo uma espécie de rodízio dos dois médicos e ela, nos dias que ela atende prioriza outros atendimentos, uma vez que há dois mapas de puericultura por semana, realizados pelos médicos, e isso é suficiente para atender a demanda local. Algumas crianças só vão consultar quando estão doentes, devendo assim dar maior atenção e orientação para essas famílias, fazendo também a busca ativa.

Durante as consultas tive a sensação de que essas crianças estavam verdadeiramente realizando uma puericultura ampla e de uma maneira que não estava sendo realizada anteriormente, dessa forma é possível serem realizados diagnósticos precoces de alguma intercorrência que possa ocorrer e tomar as devidas condutas.



Figura 1: Fotografia - Atendimento clínico às crianças

Conseguimos realizar dois encontros com os pais, na sexta e décima primeira semanas de intervenção, sendo que estava previsto além desses mais um encontro no primeiro mês de intervenção, esse não foi realizado devido à quantidade de pais que foi pouca no dia que estava agendado. Foram abordados temas como a alimentação saudável na infância e cuidados com o recém-nascido. No primeiro encontro estavam presentes quinze pais. No segundo encontro estavam presentes 17 pais, esses eram tanto os que levaram seus filhos à puericultura quanto os que foram à consulta com o outro médico da UBS.



Figura 2: Fotografia - Palestra sobre alimentação na infância

A equipe foi consciente do que estava ocorrendo na UBS, e que a intervenção iria acabar em doze semanas, entretanto as ações deveriam ser seguidas e cumpridas rotineiramente após esse período. As fichas-espelho devem continuar sendo um parâmetro de monitorização dessas ações. O monitoramento foi realizado de acordo com o que estava previsto no cronograma, a cada duas semanas fazia uma revisão nas fichas-espelho e verificava o número de fichas, os indicadores e se a puericultura estava sendo feita de acordo com o protocolo. De uma forma geral, os indicadores foram bons, somente os atendimentos odontológicos devem ser feitos em maior quantidade. Os usuários que necessitam de atendimento odontológico são encaminhados para a UBS do bairro Caranã, que dispõe desse serviço e fica num bairro vizinho.

O controle de estoque das vacinas e sulfato ferroso para as crianças foi feito mensalmente, pelo diretor da UBS, que verificou com o farmacêutico e o técnico de enfermagem responsável pelas vacinas a quantidade desses insumos, e se precisasse repor, já tomava as condutas para antes que pudesse faltar. O cadastramento foi feito diariamente nas consultas, visitas domiciliares ou no acolhimento na própria UBS. As visitas domiciliares das crianças até sete dias após a alta hospitalar da maternidade e as visitas de busca ativa às crianças faltosas ocorreram de acordo com a demanda que aparecia.

A maior dificuldade foi em alcançar ou pelo menos chegar próximo da meta de cobertura de acompanhamento de pelo menos 90% das crianças da área de abrangência. Para tentar conseguir isso, foram agendadas as consultas programadas das crianças que já frequentavam a UBS antes de iniciar o período da intervenção, enfatizando aos pais para não faltarem às consultas. Com isso, no final das doze semanas, foi alcançada uma cobertura de 89,2%.

Os representantes da comunidade foram convidados, através de contato telefônico feito pela direção da unidade, e participaram das reuniões da equipe, e apresentamos a eles o projeto esclarecendo a importância do Programa de Saúde da Criança. A comunidade foi orientada e informada sobre os encontros de grupo mensais através da divulgação feita por todos da equipe, com cartazes que foram postados em supermercados, igrejas, escolas, restaurantes e na própria unidade.

Os pais gostaram de levar seus filhos para a puericultura, entenderam melhor qual o objetivo disso e qual a função da UBS em suas vidas. Fiquei feliz com o trabalho que foi realizado, percebi que está sendo feito com mais acurácia e dessa forma a população ver nosso esforço em oferecer um serviço cada vez melhor. De uma maneira geral, a equipe foi participativa e teve uma maior integração que não ocorria antes.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Não conseguimos realizar três das seis capacitações previstas para o período da intervenção, elas ocorreriam após as reuniões de equipe, entretanto nesse período houve feriados justamente nos dias de reunião e capacitações, e não foi possível fazê-las em outros dias devido à demanda de atendimento. Em relação aos

encontros com o grupo de pais, dos três que estavam previstos um não foi realizado, isso foi devido a quantidade de pais que foi pouca no dia que estava agendado, mas uma regularidade de encontros, até mesmo com outros grupos, está prevista para ocorrer após a intervenção, tendo em vista que isso faz parte do engajamento público e é essencial na assistência em saúde aos usuários.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

A ficha-espelho estava bem formulada para a abordagem da intervenção, não houve dificuldades na coleta dos dados e fechamento das planilhas, pois entendi a tempo que a partir do momento que iniciava o acompanhamento das crianças, isso já era a monitorização do crescimento e desenvolvimento, independente de como estava sendo realizado antes. Em relação aos diários tentei abordar diretamente o que estava sendo realizado, com informações objetivas e sucintas. A planilha é bem estruturada e de fácil preenchimento, por isso não tive dificuldades em manuseá-la. Foi solicitado autorização aos usuários para o uso da imagem através do Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias (ANEXO D).

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

A incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço foi possível em grande parte, sendo o mais importante mantê-las de uma forma constante e aprimorar essas ações cada vez mais. O cadastramento, as capacitações, o acolhimento, o controle do estoque de sulfato ferroso e de vacinas, os atendimentos clínicos, a organização do registro e os atendimentos clínicos estão ocorrendo de maneira satisfatória, mesmo com algumas mudanças que ocorreram no cronograma e algumas ações que não foram realizadas. Além disso, faz-se necessário também um maior engajamento público por parte de todos os profissionais da equipe para que haja uma qualidade cada vez melhor na assistência em saúde não só às crianças, mas também aos outros programas da UBS. É importante que os encontros de grupo e as capacitações para a equipe ocorram com regularidade e se tornem uma rotina mesmo após o fim da intervenção.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para pelo menos 90% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses de vida. Na área adstrita à UBS existem 130 crianças nessa faixa etária, durante o primeiro mês, o número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da UBS foi 26 (20%), no segundo mês 71 (54,6%) e no terceiro mês 116, alcançando ao final da intervenção uma taxa de cobertura de 89,2%. Os aspectos que contribuíram para o bom resultado do indicador foram as capacitações da equipe sobre o protocolo de saúde da criança, o acolhimento inicial, o

cadastramento e atendimento clínico às crianças, as visitas domiciliares para a busca ativa de crianças faltosas às consultas e o agendamento de consultas para as crianças que já estavam sendo acompanhadas na UBS antes de iniciar a intervenção, sendo os pais comunicados com antecedência para não faltarem às consultas e dessa forma contribuindo para aumentar a cobertura. O que dificultou o alcance de uma cobertura ainda maior foi à redução da intervenção de quatro para três meses, a grande quantidade de feriados e pontos facultativos no período da intervenção e também o fato de ter sido realizada durante os meses de inverno de nossa localidade.

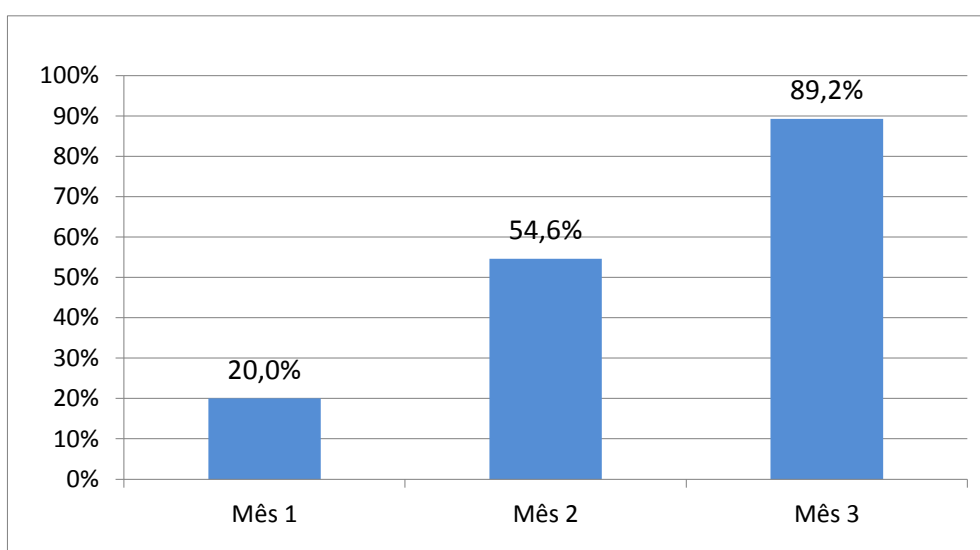


Figura 3: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

O número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da UBS com a primeira consulta na primeira semana de vida em relação ao número total de crianças inscritas no primeiro mês de intervenção foi 21 (80,8%), no segundo mês foi 58 (81,7%) e no terceiro mês foi 99 (85,3%). O acompanhamento das gestantes da área adstrita com um adequado pré-natal e monitoramento da data do parto, e os ACS fazendo uma busca ativa para marcar uma visita domiciliar ou uma consulta médica às crianças com até sete dias de vida contribuíram para chegarmos nesses

resultados. Algumas mães ainda preferem a rede privada de assistência à saúde para o acompanhamento de puericultura, outras relatam que as consultas foram realizadas ainda no primeiro mês de vida das crianças, porém quando elas já tinham mais de sete dias de vida, e outras relataram que levaram ao médico neonatologista da maternidade em uma consulta de retorno, mas isso não estava registrado na Caderneta de Saúde da Criança.

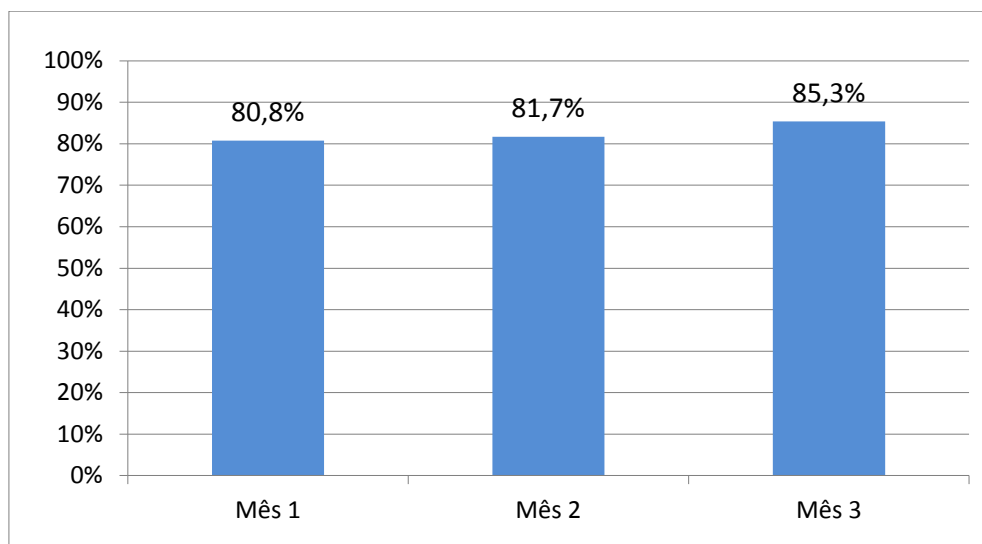


Figura 4: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

O número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado em relação ao número total de crianças inscritas foi 26 (100%) no primeiro mês de intervenção, 71 (100%) no segundo mês e 116 (100%) no terceiro. Contribuíram para esses resultados o correto acompanhamento das crianças de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e o correto preenchimento das fichas-espelho. Algumas crianças apresentaram o comprimento/altura acima percentil 90, porém, na grande parte das vezes os pais possuíam estatura elevada, foram acompanhadas apenas com orientações. Somente uma criança apresentou déficit de crescimento, essa era uma criança que tinha apresentado um quadro de desnutrição previamente.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

O número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde em relação ao número de crianças inscritas no programa com déficit de peso foi 3 (100%) no primeiro mês de intervenção, 7 (100%) no segundo mês e 9 (100%) no terceiro mês. Somente uma dessas crianças tinha idade inferior a um ano, na maioria das vezes os pais não seguiam as recomendações feitas pela equipe em relação à alimentação, nenhuma criança foi diagnosticada com alguma doença secundária, não sendo visto nenhum problema como falta de acesso à alimentação adequada, erros metabólicos, infecções ou outras causas. O acompanhamento foi feito através do registro periódico do peso e IMC na Caderneta de Saúde da Criança a cada quinze dias e intensificação das orientações com abordagem familiar e sobre os bons hábitos alimentares, cinco dessas crianças recuperaram o peso durante a intervenção, as outras ainda estavam recuperando. As capacitações da equipe sobre o protocolo de saúde da criança contribuíram para alcançarmos esses resultados.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

O número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde em relação ao número de crianças inscritas no programa com excesso de peso durante o primeiro mês de intervenção foi 2 (100%), no segundo mês foi 3 (100%) e no terceiro mês foi 4 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança contribuiu para chegarmos nesses resultados. Uma dessas crianças, com idade menor que seis meses, não apresentou nenhuma irregularidade na sua alimentação e foi acompanhada com orientações e com o registro mensal e logo voltou a ficar com o peso normal. As outras crianças com excesso de peso, com idades próximas a cinco anos, foram observados erros alimentares identificados nas dietas das famílias, que receberam recomendações sobre isso e em relação à prática de atividades físicas, no final da intervenção ainda não tinham recuperado o peso normal e foram encaminhadas para o NASF.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.



O número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS no primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês 116 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o monitoramento da intervenção possibilitou chegarmos nesses resultados. Não houve nenhuma criança diagnosticada com alteração no desenvolvimento durante os três meses de intervenção.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

O número de crianças com vacinas em dia para a idade em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde durante o primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês foi 116 (100%). O acolhimento inicial, a capacitação da equipe e o controle de estoque das vacinas contribuíram para atingir esses resultados.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

O número de crianças que estão fazendo suplementação de ferro em relação ao número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS no primeiro mês de intervenção foi 9 (100%), no segundo mês foi 25 (100%) e no terceiro 36 (100%). O que contribui para alcançarmos esses resultados foi a correta capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o controle mensal de estoque de sulfato ferroso feito pelo farmacêutico e direção da UBS, com isso, conseguimos distribuir sulfato ferroso para todas as crianças que precisaram desse suporte.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

O número de crianças que realizaram triagem auditiva em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de cobertura da UBS

no primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês 116 (100%). O que contribuiu para alcançarmos esses resultados foi à realização desse exame na própria maternidade antes da alta hospitalar, isso foi verificado através da Caderneta de Saúde da criança e nenhuma criança apresentou alteração auditiva.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

O número de crianças que realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de cobertura da UBS no primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês 116 (100%). O que contribuiu para alcançarmos esses resultados foi à realização desse exame na própria maternidade e também nas unidades de saúde do município. Com o auxílio da Caderneta de Saúde da Criança foi verificado se o exame tinha sido feito, algumas vezes foi necessário a própria mãe nos fornecer essa informação, somente duas crianças apresentaram o traço falciforme ao exame.

Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

O número de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em relação ao número total de crianças entre 6 e 72 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS no primeiro mês de intervenção foi 19 (100%), no segundo mês foi 54 (100%) e no terceiro mês 92 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o monitoramento da intervenção possibilitou chegarmos nesses resultados. As crianças não apresentaram muitos problemas dentários, a equipe já realizava a avaliação antes da intervenção, isso fez com que todos percebessem a importância disso à puericultura.

Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

O número de crianças entre 6 e 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programada realizada em relação ao número total de crianças entre 6 e 72 meses de idade cadastradas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS no primeiro mês de intervenção foi 12 (63,2%), no segundo mês foi 37 (68,5%) e no terceiro mês 71 (77,2%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o monitoramento da intervenção possibilitou chegarmos nesses resultados, porém não tivemos melhores resultados devido a nossa UBS ser pequena em relação às outras e não oferecer serviço odontológico à comunidade, sendo que esses pacientes foram encaminhados à UBS mais próxima. Não foi necessário uma pactuação para que isso fosse dessa forma, uma vez que essa UBS é ampla com quatro dentistas atendendo de maneira satisfatória a demanda. O encaminhamento era feito em ficha de transferência e contra-referência, nas consultas subsequentes de puericultura era verificado se realmente essas crianças foram assistidas pelo serviço odontológico, antes da intervenção já funcionava dessa forma.

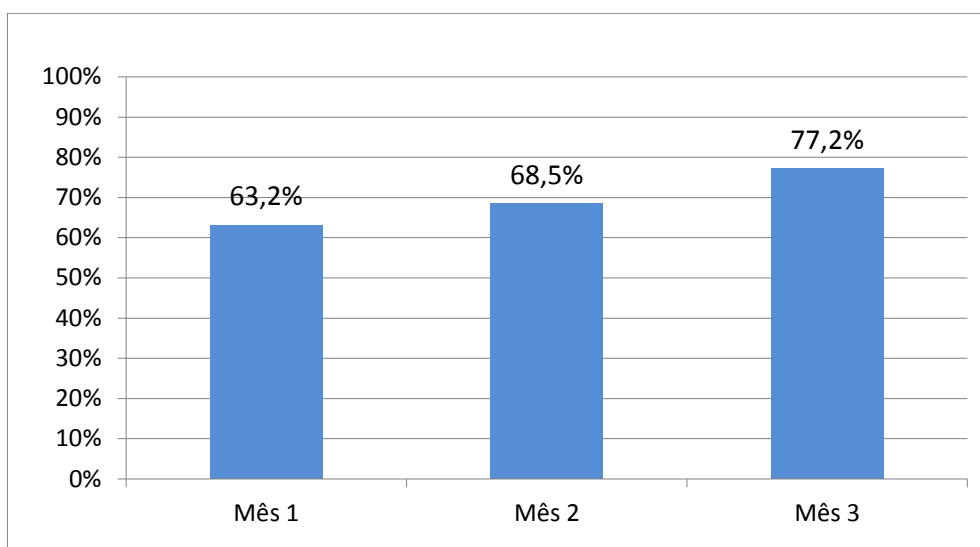


Figura 5: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

O número de crianças faltosas que foram submetidas à busca ativa em relação ao número de crianças faltosas ao programa no primeiro mês de intervenção foi 3 (100%), no segundo mês foi 6 (100%) e no terceiro mês 7 (100%). Os dias nos quais houve a maior quantidade de faltas foram dias nos quais houve chuvas intensas, talvez isso seja o motivo principal, além disso, foi percebido que as faltas foram de crianças com mais de um ano de idade, devido as mães acharem que não precisavam ir ao acompanhamento de rotina porque seus filhos não estavam doentes. A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o monitoramento da intervenção possibilitou chegarmos nesses resultados. As maiores dificuldades à busca ativa foram às chuvas e o fato da UBS não dispor de um carro para isso ser realizado.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do Programa de Saúde da Criança.

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança e vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

O número de crianças com registro adequado na ficha-espelho em relação ao número de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade da UBS durante o primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês foi 116 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o monitoramento da intervenção contribuiu para alcançarmos esses resultados. A enfermeira olhava as fichas para ver se faltava preencher alguma informação.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

O número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS durante o primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês foi 116 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o monitoramento da intervenção contribuiu para chegarmos nesses resultados. Duas crianças foram identificadas

como sendo de risco devido suas mães possuírem menos de 18 anos de idade e outra devido sua mãe ter baixa escolaridade.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

O número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS durante o primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês foi 116 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança, o monitoramento da intervenção, as atividades educativas em grupo e as orientações nas consultas e visitas domiciliares possibilitaram alcançarmos esses resultados.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

O número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde durante o primeiro mês de intervenção foi 23 (88,5%), no segundo mês foi 64 (90,1%) e no terceiro mês foi 109 (94%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança e o monitoramento da intervenção possibilitou alcançarmos esses resultados. A maior dificuldade em alcançar 100 % das crianças foi porque algumas mães das crianças com idades de cinco e quatro anos, principalmente, terem relatado que na primeira consulta de puericultura não foi pedido para colocarem seus filhos para mamar.

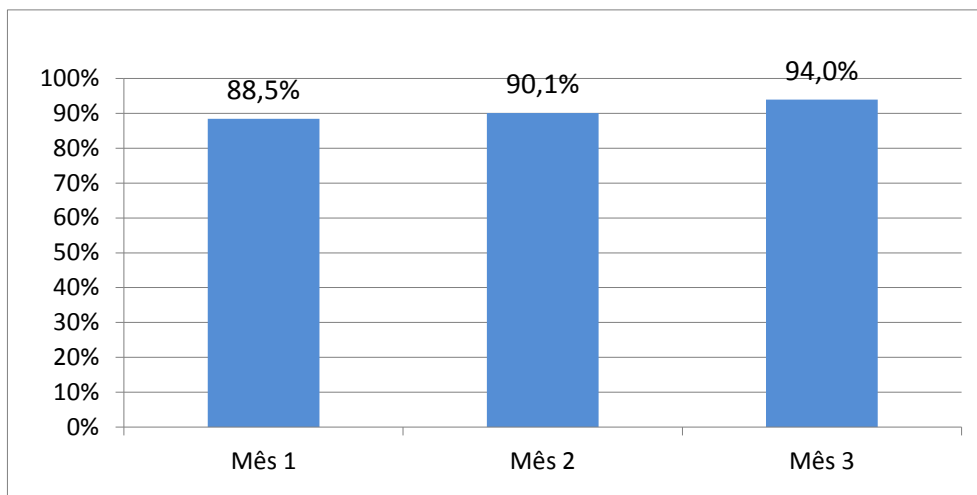


Figura 6: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças cadastradas.

O número de crianças com registro de orientação nutricional de acordo com a faixa etária em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS durante o primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês foi 116 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança, as atividades educativas, as orientações nas consultas e nas visitas domiciliares e o monitoramento da intervenção contribuíram para que chegássemos nesses resultados.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie para 100% das crianças cadastradas de acordo com a faixa etária.

O número de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie em relação ao número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS durante o primeiro mês de intervenção foi 26 (100%), no segundo mês foi 71 (100%) e no terceiro mês foi 116 (100%). A capacitação da equipe sobre o protocolo de saúde da criança, o monitoramento da intervenção, as atividades educativas, as orientações

nas consultas e nas visitas domiciliares possibilitaram alcançarmos esses resultados.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, na UBS Jardim Floresta, propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses, que era em torno de 70% e no final da intervenção chegou a 89,2%, associada à melhoria dos registros, da qualificação da atenção, da adesão ao Programa, da identificação de riscos e da promoção da saúde.

A proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da UBS não alcançou 100%, todavia, seria possível chegar próximo disso se a intervenção continuasse, uma vez que outras crianças que não foram agendadas para o período da intervenção também estão sendo acompanhadas, além do cadastramento feito tanto nas visitas domiciliares quanto na UBS.

A proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida não foi 100%, observou-se que algumas mães de crianças de 4 e 5 anos relataram que não tiveram seus filhos acompanhados na primeira semana de vida por uma equipe da UBS, talvez isso foi feito pelo próprio médico neonatologista na maternidade ou na rede privada de saúde, mas não tinha registrado isso na Caderneta de Saúde.

A proporção de crianças de 0 a 72 meses com primeira consulta odontológica não atingiu 100 %, um fator importante que contribui para esse resultado foi o fato de a UBS não ofertar esse serviço à comunidade, que acaba tendo que se deslocar para outros serviços próximos. Com isso, destaca-se a importância de se criar um serviço odontológico próprio para se conseguir chegar a ofertar essa assistência a todas as crianças da área de abrangência da UBS.

A proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta não alcançou 100 %, observou-se que algumas mães de crianças de quatro e cinco anos, relataram que durante a primeira consulta de puericultura não foi solicitado que colocassem seus filhos para mamar para que fossem orientadas quanto à

maneira correta de amamentação. Talvez isso tenha sido por falta de capacitações frequentes às equipes que acompanharam essas crianças e por não seguirem o protocolo do Ministério da Saúde em sua totalidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do protocolo do Ministério da Saúde relativas ao acompanhamento de puericultura das crianças, como a correta abordagem em relação ao crescimento e desenvolvimento, aos exames, às vacinas, à classificação de risco, ao acompanhamento odontológico, às visitas domiciliares, à orientação nutricional e sobre higiene bucal e à prevenção de cárie, ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, à importância da primeira consulta na primeira semana de vida, à suplementação de ferro e ao registro adequado e atualizado.

Estas atividades promoveram o trabalho integrado dos médicos, da enfermeira, da técnica em enfermagem, da recepção e da direção da unidade. De maneira geral, o médico ficou responsável em realizar as consultas e registrar nas fichas-espelho, a enfermeira em monitorar com o auxílio do médico a ocorrência de faltas às consultas e já agendar para ocorrer na mesma semana uma busca ativa com o ACS responsável pela microárea na qual a criança reside. A enfermeira não fez consultas às crianças porque os dois turnos de atendimento de puericultura feitos pelos médicos já suprem a demanda local. Todos fazem acolhimento, com um contato inicial sendo feito pela recepção e técnico em enfermagem. Tudo isso, contribui para a equipe se alertar para os indicadores relativos aos outros usuários, como os que têm hipertensão e/ou diabetes, idosos, dentre outros, ocasionando uma melhoria perceptível no processo de trabalho da equipe com um maior vínculo com a comunidade local.

A intervenção fez todos da equipe perceberem sua importância ao serviço, e não concentrarem as atividades de atenção à saúde das crianças no médico. Possibilitou rever as atribuições da equipe e viabilizou a atenção a um maior número de crianças e também melhorar a qualidade dessa atenção. A melhoria dos registros, da qualidade das atividades de educação em saúde e do agendamento de puericultura viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco das crianças tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento e também no agendamento das visitas domiciliares.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mas o processo de trabalho em relação à saúde das crianças despertou aos outros



usuários um interesse maior nas ações que podem ser ofertadas pela equipe de saúde, com isso, a participação social nas ações de saúde se intensificou, e, de certa forma, a intervenção acabou tendo um impacto positivo tanto para a equipe como a população da área adstrita, que passou a conhecer um pouco mais sobre seus direitos e exigindo mais da equipe de saúde da UBS.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muitas crianças sem cobertura, isso se deve em parte a uma característica peculiar da área adstrita, são bairros que crescem rapidamente, próximos à universidade federal, com construção de casas e condomínios de maneira constante e acelerada.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação maior com a comunidade para discutir a priorização da atenção e a melhor forma de implementar isso. Porém, percebo que a equipe encontra-se integrada, e dessa forma, vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, tendo condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Para incorporar a intervenção à rotina do serviço vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção às crianças, principalmente as de alto risco e as cadastradas recentemente, não só com um aumento da cobertura, mas também mantendo os indicadores com uma boa qualidade. Vamos adequar o agendamento das consultas, com um cronograma de encontro de grupos com educação em saúde de forma rotineira.

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação da cobertura do programa, com atualização cadastral, principalmente das microáreas que estão sem ACS. Tomando esse projeto como exemplo, também pretendemos implementar a melhora da qualidade da assistência dos outros programas, como por exemplo de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de Boa Vista/RR

A intervenção possibilitou a qualificação da atenção à saúde da criança na UBS Jardim Floresta, se originou de uma proposta do curso de especialização oferecido pela Universidade Federal de Pelotas e da análise situacional da UBS. Através dela, todos os membros da equipe puderam aprimorar suas atividades e desempenho em relação ao processo de trabalho que estava ocorrendo na UBS. Conseguimos solidificar a união da equipe com intuito de tornar as ações realizadas durante a intervenção prática rotineira e essencial para melhorar cada vez mais os indicadores essenciais ao programa de Saúde da Criança.

No segundo trimestre de 2015, realizamos a intervenção para melhorar a qualidade das ações em saúde desenvolvidas na nossa UBS às crianças. Iniciamos fazendo um levantamento, junto aos ACS, de quantas crianças de 0 a 72 meses haveria em cada das seis micro-áreas, dessa forma fizemos uma lista nominal e com datas de próxima consulta de puericultura que deveria ser realizada em cada uma, muitas mães sabiam de certa forma o mês no qual deveriam levar seus filhos às consultas, mas essas consultas ainda não estavam marcadas.

No primeiro mês, percebemos que algumas crianças já estavam em tempo de comparecer na UBS para as consultas, porém suas mães não foram marcar as consultas. Dessa forma, sabendo que a intervenção só iria durar 12 semanas, e que o objetivo principal era conseguir uma cobertura de crianças assistidas de pelo menos 90%, foi solicitado junto aos ACS para que marcassem as consultas

programáticas das crianças e informassem às mães as datas das consultas e solicitassem que não faltassem.

Conseguimos assim uma quantidade média semanal de consultas satisfatória, além das visitas domiciliares às crianças que nasceram durante o período de intervenção, e alcançamos uma taxa de cobertura de 89,2% no final das doze semanas, sendo que antes era em torno de 70%, com convicção de que essa taxa aumenta a cada dia, tendo em vista que as ações continuam. A equipe está seguindo o protocolo do Ministério da Saúde e continuamos utilizando a ficha-espelho como roteiro nas consultas.

Além da ampliação da cobertura, realizamos encontros de grupos com os pais dando orientações sobre os assuntos mais relevantes da puericultura, realizamos visitas domiciliares às crianças com até sete dias de vida e a busca ativa daquelas que não foram levadas à UBS para as consultas agendadas. Durante a intervenção foi possível monitorar o crescimento e o desenvolvimento de 100% das crianças cadastradas no programa, verificou-se que 100% das crianças estavam com as vacinas em dia, e as que tinham idade entre 6 a 24 meses, 100% estavam com suplementação de sulfato ferroso.

A gestão contribuiu com a intervenção dando um suporte com as cópias das fichas-espelhos e não deixando faltar vacinas e sulfato ferroso. Entretanto, não disponibilizou um carro para a realização de visitas domiciliares e não implementou o serviço de odontologia para complementar as ações da equipe de saúde da UBS, como é preconizado no PNAB, sendo que tais aspectos são necessários para uma melhor assistência à saúde tanto das crianças quanto dos demais usuários da área de abrangência.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezadas lideranças e comunidade em geral

Durante a realização da intervenção foi possível ampliar a cobertura do programa de saúde da criança de cerca de 70% para 89,2%, com 116 crianças acompanhadas, isso foi realizado no segundo trimestre do corrente ano. Além da cobertura, o acompanhamento regular dessas crianças de 0 a 72 meses de idades tem impacto direto sobre a saúde delas no presente e no futuro, verificamos que estamos desempenhando satisfatoriamente serviços como vacinas, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, peso, comprimento/altura, suplementação de sulfato ferroso, exames complementares e de triagem, prevenção de cáries e higiene bucal, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientação nutricional e sobre a amamentação e manter os registros atualizados.

Após as capacitações da equipe em relação ao protocolo do Ministério da Saúde sobre Saúde da Criança, realizadas já nas primeiras semanas de intervenção, as crianças que moram em residências que fazem parte da área que a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Floresta é responsável, entram em um cronograma de consultas de puericultura para acompanhamento, tendo os pais a responsabilidade de levá-las nas datas das consultas. Alguns pais tem a sensação que só devem levar seus filhos à UBS quando eles estão doentes, isso não é o correto, o papel principal da equipe de profissionais da UBS é manter a saúde das pessoas com a prevenção das doenças primordialmente, com as palestras, os encontros de grupo, as orientações dadas nas consultas, tendo a população que ficar atenta a isso e fazer a sua parte.

Além das consultas, a equipe realizou visitas domiciliares às famílias que tinham suas crianças com até sete dias de vida, e também para realizar busca ativa às crianças faltosas, as quais os pais não levaram às consultas agendadas. A equipe realizou encontro de grupos com os pais para abordar os temas mais relevantes da puericultura, realizando palestras e tirando as dúvidas da população. Durante a intervenção, foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico das nossas crianças, e foi visto que algumas não foram à consulta odontológica programática, e vimos a necessidade de implantação desse serviço na nossa UBS e por isso devemos continuar lutando para que os gestores possam ampliar nossa UBS e implementar esse serviço, para que a população da área adstrita não tenha que se deslocar para outros bairros para conseguir uma consulta odontológica.

A parceria entre a equipe de saúde e a comunidade é essencial para que as ações de saúde sejam desenvolvidas efetivamente e atinja um número cada vez maior de pessoas, essas ações de atenção às crianças permanecem sendo desenvolvidas na UBS. A população não deve procurar a UBS somente para atendimento médico, a função da equipe é bem mais ampla que isso, a educação em saúde tem que ser uma atividade rotineira para essas pessoas, não só na unidade, mas também nas escolas, igrejas, associações e outros locais. O vínculo entre a equipe e a comunidade é o objetivo a ser fortalecido com essas ações, a intervenção nos fez acreditar que isso é possível, tendo que ser ampliada também para os outros grupos populacionais, como os usuários com hipertensão e/ou com diabetes, idosos e outros, além disso, o apoio da comunidade é importante para a melhoria das outras ações programáticas.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

A aprendizagem adquirida durante o curso de especialização em Saúde da Família foi muito boa, tendo em vista a metodologia usada que abordou os principais temas vistos na prática clínica, através de casos clínicos, fóruns, estudos de práticas clínicas e o próprio TCC, que nos propiciou ver a realidade e como intervir em uma UBS para modificar os indicadores de um determinado grupo de usuários. Inicialmente, acreditava que o trabalho da equipe estava ocorrendo de maneira adequada, mas depois percebi que faltava mais vínculo entre os membros entre si e também com a comunidade, e que para realizar as mudanças necessárias na intervenção precisava do apoio de todos.

As expectativas iniciais em relação ao curso foram superadas, pois no início achava que por ser um curso à distância não iria aprender de maneira adequada, mas logo percebi que as tarefas estimulavam o estudo dos assuntos, com a produção de textos, a resolução de casos clínicos e os fóruns. O curso possibilitou uma atuação mais efetiva como médico em relação à atenção básica, com mais engajamento público, estimulando a participação social, entendendo que é possível realizar mudanças e melhorar a qualidade do serviço, sendo necessário haver sempre atualizações e capacitações de toda a equipe. Tudo isso, torna o profissional mais confiante em relação ao seu trabalho no dia-a-dia e acaba estimulando os outros profissionais de forma positiva também, a equipe se torna mais unida e processo de trabalho mais produtivo.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. 2011. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 28 set 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidades. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=140010&search=rora%20boa-vista>>. Acesso em: 9 maio 2015.



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Ficha espelho

### FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Nome do pai: \_\_\_\_\_ Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g  
 Comprimento ao nascer \_\_\_\_\_ cm Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm Apgar: 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias Tipo de parto \_\_\_\_\_ Tipagem sanguínea \_\_\_\_\_  
 Data da primeira consulta odontológica: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Profissional que realizou: \_\_\_\_\_  
 Manobra de Ortolani ( ) negativo ( ) positivo Teste do reflexo vermelho ( ) normal ( ) alterado Teste do pezinho ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado Observações: \_\_\_\_\_  
 Triagem auditiva ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Testes realizados ( ) PEATE ( ) EOA Resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado

CALENDÁRIO VACINAL												
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening C	Tríplice viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela	Hepatite B	VPO	Outras
1ª dose ou dose única	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
2ª dose	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
3ª dose	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____
Reforço	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/____ Lote: _____ Ass: _____

### FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Departamento de  
Medicina Social



UFPEL

CONSULTA CLÍNICA												
DATA												
Profissional que atendeu												
Idade em dias (d), meses (m) ou anos (a)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em Kg/m <sup>2</sup> (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)												
Uso de sulfato ferroso (sim ou não)												
É necessário atendimento odontológico?												
Criança com risco?												
Orientação sobre prevenção de acidentes na infância												
Alimentação materna: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
A criança foi colocada para mamar na consulta? (sim ou não)												
Orientação nutricional conforme a faixa etária (sim, não, não se aplica)												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												

A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?

---



---

## Anexo C - Planilha de coleta de dados

[illegible]

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante